

Gesundheitsfragebogen

Herr / Frau Name: اسم العائلة

Vorname: الاسم

Beruf: المهنة

E-Mail:

Adresse: اسم ورقم الشارع

PLZ/Ort: اسم ورقم المكان

Tel. Geschäft:

Tel. Privat: رقم هاتف البيت

Tel. Mobil: رقم الجوال

Geburtsdatum: تاريخ الولادة

Kostenträger: Selbst Sozialamt Ergänzungsleistung zur AHV / IV Asyl

Zahlungsart: Bar Rechnung Andres / Welches?

Grund der Konsultation: سبب الاستشارة

Behandelnder Arzt / Hausarzt:

Krankenkasse: اسم التأمين

هل انت في علاج مرحلة حالياً
Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Falls Ja. **Weshalb?** Ja Nein

هل تتناول أدوية معينة؟
Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmäßig irgendwelche Medikamente ein? Falls Ja. **Welche?** Ja Nein

هل لديك حساسية تجاه ادوية معينة؟
Hatten Sie schon eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? **ALLERGIE!** auf was? Ja Nein

هل لديك مشاكل قلبية أو احتشاء قلبي؟
Hatten Sie jemals: Herzbeschwerden, Herzklappenfehler, Herzinfarkt? **Bitte Unterstreichen** Ja Nein

هل تتناول مميعات للدم؟
Nehmen Sie **Blutverdünnungsmittel**? **Welches?** Ja Nein

هل لديك مشاكل بالدورة و الدموية الأوعية؟
Kreislaufbeschwerden? Ja Nein

هل لديك السكري مرض؟
Zuckerkrankheit (**Diabetes**)? Ja Nein

هل لديك أو ربو حساسية صدرية؟
Asthma, Heuschnupfen oder andere **Allergien**? Ja Nein

هل لديك التهاب كبد إنتاني أو ايدز؟
Infektionskrankheiten (**Hepatitis** oder **HIV**)? Ja Nein

هل لديك روماتيزم أو التهاب مفاصل؟
Habe Sie ein schweres Rheuma? Ja Nein

هل لديك ترقق عظام؟
Haben Sie **Osteoporosis**- / Knochenschwund? Ja Nein

هل تعاني من أخرى أمراض؟
Eine andere ernsthafte Erkrankung? **Was?** Ja Nein

للنساء: هل أنت؟ حامل؟
Nur für Frauen: Besteht eine mögliche **Schwangerschaft**? Ja Nein

هل انت مدخن؟ / كم سيكارة في اليوم
Rauchen Sie? Seit wann? Wie viel pro Tag? Ja Nein

Patientenerklärung: Ich nehme zur Kenntnis, das Termine die nicht eingehalten bzw. nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, verrechnet werden. Ich erkläre mich einverstanden, dass die Rechnungen des Dentallabor an mich direkt gestellt wird. Weiter erkläre ich mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die von Ihnen hierfür beauftragten Personen Institutionen weiterzuleiten.

Datum: _____

Unterschrift: _____